

диагностирована у 204 пациенток (25,3%). Фрагменты полипа эндометрия были диагностированы у 291 (36,1%) больных. Эндометрий секреторной фазы менструального цикла выявлен у 312 (38,6%) пациенток. Длительность операции у больных при субтотальной гистерэктомии составила 65-120 минут, при тотальной ЛГ – 75-110 минут. Величина кровопотери колебалась в пределах 50-300 мл (в 96,2% случаев составила 125 мл). Удаление препарата при величине матки до 12 недель беременности при тотальной гистерэктомии производили через кольпотомическую рану. У пациенток при субтотальной гистерэктомии и при величине матки более 12 недель беременности при тотальной ЛГ удаление препарата производилось с использованием электроморцеллятора. Длительность морцелляции колебалась от 10 до 40 мин. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила после субтотальной гистерэктомии – 5,2 койко/дня, после тотальной ЛГ – 5,5 койко/дня.

Выводы. Проведенный анализ результатов хирургического лечения обследованных женщин показал, что лапароскопическое удаление матки является альтернативой лапаротомической гистерэктомии. Преимуществами лапароскопического доступа является малая инвазивность и травматичность, небольшая кровопотеря, ранняя и быстрая реабилитация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян, Л.В. Тотальная лапароскопическая гистерэктомия / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, С.И. Киселев // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – №3. – С.31–33.
2. Аракелян, А.С. Лапароскопическая гистерэктомия при миоме матки больших размеров / А.С. Аракелян, С.И. Киселев, О.В. Конышева // Проблемы репродукции. – 2007. – Т. 13, № 6. – С. 78–82.
3. Емельянов, С.И. Лапароскопическая хирургия прошлое и настоящее / С.И. Емельянов, Н.Л. Матвеев, В.Л. Феденко // Эндоскопическая хирургия. – 1995. – № 1. – С. 5–8.
4. Пацюк, О.В. Лапароскопическая гистерэктомия. Опыт клинического внедрения / О.В. Пацюк, Т.А. Кузнецова, Н.В. Башмакова // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – №3 – С.40.
5. Современные подходы к гистерэктомии / И.П. Лазарев [и др.] // Научный вестник Тюменской медицинской академии – 2000. – № 2. – С. 84–87.

ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛИНОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Кривошеева Ж.И., Авчинко В.П., Белько А.Ф.

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

²РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии, г. Минск

С точки зрения доказательной медицины ВОЗ рекомендует применять туберкулиновую пробу Манту в качестве дополнительного теста при

диагностике туберкулеза (ТБ) у детей. Диаметр инфильтрата ≥ 5 мм считается положительным и указывающим на инфицирование МБТ у детей с ВИЧ-инфекцией или другими иммунодефицитными состояниями, с низким статусом питания, признаками гиповитаминоза, в возрасте до 5 лет, из туберкулезного контакта. В других случаях, положительным считают результат, если диаметр папулы (инфильтрата) ≥ 10 мм. Подобным рекомендациям следует Американская торакальная ассоциация (ATS) и другие страны. В нашей республике, в соответствии с инструкцией к туберкулину, диаметр инфильтрата ≥ 5 мм считается положительным у всех детей, однако требуется проведение дифференциальной диагностики и подтверждение инфицирования МБТ. С этой целью, а также для уточнения показаний для профилактического лечения, используют новые тесты иммунодиагностики ТБ – кожную пробу с применением аллергена туберкулезного рекомбинантного (диаскинтеста) и квантифероновый тест (QuantiFERON TB Gold In Tube) – тест на определение уровня гамма-интерферона *in vitro* после антиген-специфической стимуляции [1, 2, 3, 4,5].

Цель исследования: проведение сравнительного анализа диагностической значимости высокой и низкой туберкулиновой чувствительности при различных проявлениях туберкулезной инфекции у детей.

Материалы и методы: объектом исследования являлись пациенты детского возраста с активным туберкулезом органов дыхания (ТОД), находящиеся на лечении в клинике РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии и дети с латентной туберкулезной инфекцией (ЛТБИ).

Материалом для исследования были данные медицинской документации, результаты тестов иммунодиагностики ТБ (проба Манту, диаскинтест, квантифероновый тест) 283 пациентов с активным ТОД, 309 здоровых детей, находящихся на диспансерном учете в противотуберкулезных диспансерах. Во всех группах наблюдения определена доля пациентов с диаметром папулы 10 мм и более.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы «Epi Info 7» и пакета Statistica 10.0. Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывалось абсолютное число, относительная величина в процентах. Достоверность различий исследуемых числовых показателей и качественных показателей проверяли при помощи критерия Манна-Уитни и Уэлд-Вольфовица, вычислялся доверительный интервал (95% ДИ). При сравнении показателей оценивалась статистическая значимость различий по предельной ошибке 5%. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследований. Характер туберкулиновой чувствительности у детей различных возрастных категорий при туберкулезе органов дыхания изучен на основе анализа результатов пробы Манту у 71 ребенка до 5 лет и 212 детей старше 5 лет с туберкулезом органов дыхания. Была определена доля пациентов с диаметром папулы (инфильтрата) 10 мм и более (таблица 1).

Таблица 1. – Туберкулиновая чувствительность у детей различных возрастных категорий при активном туберкулезе органов дыхания

Категории пациентов / Результаты пробы Манту	папула ≥ 10 мм (абс, %)	папула < 10 мм (абс, %)	сомнительный результат (абс, %)	отрицательный результат (абс, %)	всего	p_{2-3}
дети старше 5 лет с ТОД	148; 69,8% 95% ДИ 63,6–75,9	44; 20,8% 95% ДИ 15,3–26,3	8 3,8%	12 5,6%	212	$p_{2-3} < 0,001$
дети до 5 лет с ТОД	43; 60,6% 95% ДИ 49,2–71,9	16; 22,5% 95% ДИ 12,8–32,2	7 9,9%	5 7,0%	71	$p_{2-3} < 0,001$
Всего	191; 65,1% 95% ДИ 59,9–70,3	60; 22,4% 95% ДИ 17,8–26,9	15 5,6%	17 6,9%	283	$p_{2-3} < 0,001$

Во всех группах наблюдения большинство заболевших ТОД детей имели инфильтрат более 10 мм и составили в группе старше 5 лет 69,8%, в группе младше 5 лет – 60,6%. Доли пациентов с инфильтратом более 10 мм среди больных ТОД всех возрастных категорий сопоставимы и достоверно выше, чем доля детей с невысокой туберкулиновой чувствительностью ($p < 0,001$).

Изучен характер туберкулиновой чувствительности у детей с ЛТБИ, подтвержденной положительными результатами диаскинтеста или квантиферонового теста. В группе детей с подтвержденной положительным ДСТ или квантифероновым тестом латентной туберкулезной инфекцией размер инфильтрата на пробу Манту ≥ 10 мм встречался достоверно чаще, чем инфильтрат < 10 мм ($p < 0,001$). Размер папулы на пробу Манту ≥ 10 мм был у 86,9% детей с положительным ДСТ и у 75,0% детей с положительным результатом квантиферонового теста. Случаев отрицательных и сомнительных результатов пробы Манту не было ни в одной из групп (таблица 2).

Таблица 2. – Туберкулиновая чувствительность у детей с подтвержденной латентной туберкулезной инфекцией

Категории детей / Результаты пробы Манту	папула ≥ 10 мм (абс, %)	папула < 10 мм (абс, %)	сомнит. результат (абс, %)	отрицат. результат (абс, %)	всего	p_{2-3}
с положительным ДСТ	40; 86,9% 95% ДИ 77,1–96,6	6; 13,1% 95% ДИ 3,3–22,8	-	-	46	$p_{2-3} < 0,001$
с положительным квантифероновым тестом	18; 75,0% 95% ДИ 57,7–92,3	6; 25,0% 95% ДИ 7,7–42,3	-	-	24	$p_{2-3} < 0,001$
Всего	58; 82,9% 95% ДИ 74,1–91,7	12; 17,1% 95% ДИ 8,3–25,9	-	-	70	$p_{2-3} < 0,001$

Исследованы результаты диаскинтеста у 309 здоровых детей с положительными реакциями на пробу Манту. Установлено, что в общей популяции детей у каждого третьего ребенка (29,4%) с диаметром папулы ≥ 10 мм на пробу Манту диаскинтест был положительным, что подтверждало наличие ЛТБИ. И только у каждого десятого ребенка (10,9%) с диаметром папулы < 10 мм на пробу Манту ДСТ был положительным (таблица 3). Доля положительных результатов ДСТ у детей с диаметром папулы ≥ 10 мм достоверно выше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$).

Таблица 3. – Результаты ДСТ при различной туберкулиновой чувствительности

Диаметр папулы на пробу Манту	ДСТ положительный		ДСТ отрицательный		p ₂₋₄
	абс, %	95% ДИ	абс, %	95% ДИ	
папула ≥ 10 мм, n=218	64; 29,4	23,4–35,4	154; 70,6	64,6–76,6	p ₂₋₄ < 0,001
папула < 10 мм, n=91	10; 10,9	4,5–17,3	81; 89,1	82,7–95,5	p ₂₋₄ < 0,001
	p < 0,001		p < 0,001		

Вышеуказанное позволяет сделать вывод о том, что наличие латентной туберкулезной инфекции (инфицирования МБТ) у детей достоверно чаще сопровождается высокой кожной чувствительностью на туберкулин с формированием инфильтрата на пробу Манту ≥ 10 мм.

Заключение. При активном туберкулезе органов дыхания размер папулы ≥ 10 мм на пробу Манту регистрируется у детей всех возрастных категорий достоверно чаще, чем диаметр папулы менее 10 мм ($p < 0,001$).

При подтвержденной латентной туберкулезной инфекции у детей инфильтрат на пробу Манту ≥ 10 мм регистрируется также достоверно чаще, чем инфильтрат < 10 мм ($p < 0,001$). Доля таких детей при положительном ДСТ составила (86,9%), при положительном результате квантиферонового теста – 75,0%.

Среди детей с высокой туберкулиновой чувствительностью (папула ≥ 10 мм) ЛТБИ подтверждалась в 3 раза чаще, чем с низкой. Доля положительных результатов ДСТ у детей с диаметром папулы на пробу Манту 5-9 мм (10,9%) была достоверно ниже ($p < 0,001$) доли положительных результатов ДСТ у детей, имеющих размер папулы ≥ 10 мм (29,4%).

Наличие туберкулезной инфекции у детей сопровождается высокой кожной чувствительностью на туберкулин, формированием инфильтрата на месте введения туберкулина ≥ 10 мм, который имеет большую диагностическую значимость, чем реакция в виде инфильтрата < 10 мм ($p < 0,001$).

Необходимы дополнительные исследования, детальный анализ результатов, чтобы пересмотреть критерии оценки реакций на кожную пробу Манту, указывающие на наличие туберкулезной инфекции и привести их в соответствие с рекомендациями ВОЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Значение ДСТ и Квантиферонового теста при диагностике туберкулеза у детей / М.Э. Лозовская [и др.] // Инновационные технологии в организации фтизиатрической и пульмонологической помощи населению: науч.-практ. конф. – СПб., 2011. – С. 43–44.
2. Кожная проба с препаратом «Диаскинтест» – новые возможности идентификации туберкулезной инфекции / под ред. акад. РАН и РАМН М.А. Пальцева. – М. : изд-во «Шико», 2011. – 256 с.
3. Озере, И. Оценка эпидемической ситуации по туберкулезу у детей в Республике Беларусь. Доклад о проведении Миссии / И. Озере. – ВОЗ, 2017. – 36 с.
4. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children – 2-nd ed. – World Health Organization, 2014.
5. Guidelines on the management of latent tuberculosis infection. – World Health Organization, 2015. – 40 pp.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ КЕРАТОКОНУСА

¹*Кринец Ж.М., ¹Ильина С.Н., ¹Солодовникова Н.Г., ²Ломаник И.Ф.*
²*Карпович Н.В.*

¹*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

²*УЗ «Гродненская областная клиническая больница»*

Актуальность. Кератоконус – дегенеративное невоспалительное заболевание роговицы, характеризующееся прогрессирующим истончением роговицы с выпячиванием ее центральных отделов. Постановка данного диагноза основана на объективных признаках: конической форме роговицы, уменьшении толщины роговицы на вершине кератоконуса, усилении клинической рефракции глаза, сохранении прозрачности эктазированной роговицы, прогрессировании заболевания [1].

Диагностика кератоконуса в начальных стадиях очень трудна. В поликлинических подразделениях, куда первично обращаются пациенты с жалобами на снижение зрения, имеется очень маленький арсенал методов обследования. В подавляющем большинстве случаев ставится диагноз миопии и миопического астигматизма, которые хорошо корригируются очками или контактными линзами на начальных стадиях процесса.

Цель исследования. Определить особенности ранней диагностики кератоконуса.

Материалы и методы исследования. В отделении МХГ Гродненской областной клинической больницы за 2018 г. нами проведено обследование 15 пациентов (30 глаз) с диагнозом кератоконус – 14 мужчин (93,3%) и 1 женщина (6,7%). Все пациенты являлись городскими жителями. Возраст обследуемых составил: 20-24 года – 2 человека (13,3%), 25-29 лет – 4 пациента